

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959

THESE

No

pour le

977

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

LEONOFF Claude, Israël; né le 20 Janvier 1934 à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

1959

OPERATION DU PTOSIS PALPEBRAL

PAR LA TECHNIQUE DE OHASHI

Président : Monsieur G. RENARD, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959

THESE

Nº

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

LEONOFF Claude, Israël; né le 20 Janvier 1934 à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

1959

OPERATION DU PTOSIS PALPEBRAL

PAR LA TECHNIQUE DE OHASHI

Président : Monsieur G. RENARD, Professeur.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547118_0019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.),
 Chebrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.)
 Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.)
 Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.)
 Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.),
 Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.)
 Richet (G.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I. _ PROFESSEURS

MM.
 Anatomie CORDIER (G.)
 Anatomie (Chaire à titre personnel) DELMAS (A.)
 Anatomie pathologique DELARUE (J.)
 Anesthésiologie BAUMANN (J.)
 Bactériologie FASQUELLE (R.)
 Biochimie médicale JAYLE (L.F.)
 Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports. CHAILLEY-BERT (P.)
 Biologie médicale FAUVERT (R.)
 Cancérologie médicale et sociale BERNARD (J.)
 Clinique carcinologique (Institut G. Roussey) REDON (H.)
 Clinique cardiologique (Broussais) MOUQUIN (M.)
 (Beaujon SICARD (A.)
 (Cochin QUENU (J.)
 Cliniques chirurgicales. (Hotel-Dieu MENEGAUX (G.)
 (Saint-Antoine GOSSET (J.)
 (Salpêtrière MOULONGUET (P.)
 Clinique de chirurgie infantile
 et orthopédique (Enfants-Malades) FEVRE (M.)
 Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice
 (Cochin) MERLE D'AUBIGNE (R.)
 Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) GAUDART-D'ALLAINES (F. dep
 Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) MATHÉY (J.)
 Clinique endocrinologique (Pitié) DECOURT (J.)
 Clinique génétique médicale (Enfants-Malades) LAMY (M.)
 Clinique gynécologique (Broca) FUNK-BRENTANO (P.)
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 (Saint-Louis) DEGOS (R.)
 Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) CATHALA (J.)
 Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P.)
 Clinique des maladies mentales et de l'encephale
 (Saint-Anne) DELAY (J.)
 Clinique des maladies métaboliques (Necker) HAMBURGER (J.)
 Clinique des maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)
 Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ALAJOUANINE (T.)
 (Broussais GENNES (L. de)
 (Cochin JUSTIN-BESANGON (L.)
 Cliniques médicales (Hotel-Dieu BARIETY (M.)
 (Lariboisière SOULIE (P.)
 (Pitié DREYFUS (G.)
 (Saint-Antoine KOURILSKY (R.)

MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologique	(Bichat) . . . DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
(Baudeloque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales.. (Port-Royal	N...
(Tarnier	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hotel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (Chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

(CABROL (C.)	
Anatomie (COUINAUD (C.)	
(OLIVIER (G.)	
Anatomie (GAUTHIER-VILLARS	
pathologique (Mlle P.) pr.s.	
(ch.	
(BUSSE (F.)	
(GOUYGOU (Ch.)	
(ORCEL (L.)	
(PAILLAS (J.)	

MM.

(JUDET (R.)	
Orthopédie (RAMADIER (J.)	
Oto-rhino-laryngologie DEBAIN (J.)	
Parasitologie (BRUMPT (L.C.)	
(pr.s.ch.	
(CHABAUD (A.)	

MM.		MM.	
Anesthésiologie.	(VOURC'H (G.) (NEVOT (A.) pr.s.ch	(BARCAT (J.) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J.) (CHATELIN (G;L.) (DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LAURENCE (G.) ag.pov. (LORTAT-JACOB (J.L.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (I) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)	
Bactériologie.	(BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.) (DESGREZ (P.) pr.s.ch.	Pathologie chirurgicale	
Biochimie	(POLONOVSKI (J.) m.conf.		
médicale.	(SCHAPIRA (G.) m.conf.		
Biologie médicale.	BOURLIERE (F.) m.conf.		
Carcinologie.	(DENOIX (P.) (MATHE (G.)	Pathologie exotique.	SCHNEIDER (J.) (CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPEP (J.) (MAURICE (J.) (PLAS (F.) (RICHEL (G.)
Dermatosyphyligraphie	DUPERRAT (B)		
Electro-radiologie.	LEDOUX-LEBARO		
Embryologie.	TUCHMANN- DUPLESSIS (H)	Pathologie expérimentale.	
Hématologie.	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (COUJARD (R) pr.s.ch.		
Histologie.	(MAROIS (M) (RACADOT (J.)		(AUSSANNAIRE (M.) (BOUR (H.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CASTAIGNE (P.) m.conf (CATINAT (J.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.) (PREZAL (J.) (HOUSSET (E.) (LAROUCHE (Cl;) (LESOBRE (R.) (MACREZ (C.) (NICK (J.) (PEQUIGNOT (H.) m.conf (ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)
Hydrologie.	(CORNET (A.)		
Hygiène.	(BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme)		
maladies infectieuses.	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)		
Médecine légale.	(DEROBERTE (L.) (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)	Pathologie médicale	
Médecine du travail.	ALBAHARY (C)		
Neuro-chirurgie.	DAVID (M.)		
Neurologie.	LHERMITTE (F.) (GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.)		
Obstétrique.	(MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie.	(BREGEAT (P.) (SARAUX (H.)		
Pédiatrie- puériculture	(JOSEPH (R.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (G.) (ROSSIER (A.)	Pneumo-phtisiologie.	KREIS (B.)
Pharmacologie.	(LEVY (Mlle J.) pr.s. ch. (BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)	Psychiatrie.	PICHOT (P.)
		Psychiatrie infantile.	DUCHE (D.)
		Rhumatologie.	DELBARRE (F.)
		Stomatologie.	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.) m.c.agr. (GRELLET (M.)

Thérapeutique. . . (CHASSAGNE (P.)
(LAMOTTE (M.)
Urologie. QUENU (L.)

MM.

MM.

Bactériologie. HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Biochimie médicale ETTORI (J.) Pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale. RUDLER (J.) Pr.s.ch.

Mme CONDET (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

à Monsieur le Professeur G. RENARD

Professeur de la Clinique Ophtalmologique

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence
de cette Thèse

en hommage respectueux.

À Monsieur le Professeur G. RENARD

Professeur de la Clinique Ophtalmologique

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence
de cette Thèse

en hommage respectueux.

à Monsieur le Docteur H. B E G U E

Ophtalmologiste de la Fondation Rothschild

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a proposé le sujet de cette Thèse et nous a permis
d'en effectuer le travail dans son service avec la plus grande
bienveillance

En témoignage de profonde gratitude.

à Monsieur le Docteur L. N E G R E

Ophtalmologiste-adjoint de la Fondation
Rothschild.

qui nous a fait aimer l'Ophtalmologie

En témoignage de sincères remerciements.

à Madame le Docteur S. DELTHIL

Chef du Service d'Ophtalmologie du Centre

Hôpitalier de St Denis (Seine)

Chevalier de la Légion d'Honneur

qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de notre
très sincère reconnaissance pour le bienveillant accueil
qu'elle nous a toujours réservé dans son service.

à Messieurs les Docteurs N. SALGO

et J. JULOU

Ophtalmologistes au Centre Hospitalier

de St Denis (Seine)

en remerciement pour le soutien qu'ils nous ont apporté
au cours de notre initiation à l'Ophtalmologie.

à la mémoire de mon père

à ma mère

à ma femme

à ma fille

à tous les miens

à mes amis

I N T R O D U C T I O N

- - - - -

L'importance du nombre des techniques proposées pour la cure chirurgicale du ptosis palpébral semble bien prouver qu'aucune ne satisfait complètement l'ophtalmologiste, soit que les résultats soient imparfaits malgré la complexité du procédé employé, soit que des incidents plus ou moins sérieux surviennent dans les suites opératoires.

Une nouvelle méthode décrite en 1958 par le Japonais OHASHI, dont la simplicité est le trait dominant, utilisée depuis plusieurs mois dans le service du Dr BEGUE à la Fondation A. de Rothschild, semble présenter un certain nombre d'avantages et donner des résultats satisfaisants.

C'est cette technique qu'après un bref rappel des procédés antérieurs, nous nous proposons d'exposer et de discuter.

I) Méthodes utilisant l'avancement du releveur de la paupière supérieure

A) avancement du releveur par voie cutanée:

1) Procédé de DE LAPERSONNE

Il consiste en une résection du releveur, et fixation de ce muscle à la face antérieure du tarse par des points en U qui ressortent au niveau du bord libre de la paupière supérieure et sont noués en arrière de la base des cils.

2) Procédé de FAVORY

C'est une modification de la méthode de De Lapersonne, comportant en outre

- une résection du tarse
- l'utilisation de fils d'hyper-correction amarrant la paupière au muscle frontal.

3) Procédé de LEAHEY

Il dérive également de celui de De Lapersonne.

B) avancement par voie conjonctivale:

Méthode de BLASCOVICI

Très complexe, elle a été modifiée par Reynold BERKE

et par DUVERGER-VELTER-BREGEAT :

- dissection de la conjonctive le long du bord supérieur du tarse, jusqu'au fornix;
 - dissection du releveur jusqu'au tissu conjonctif se trouvant au dessus de la paupière supérieure, et clivage d'avec l'orbiculaire;
 - pose de trois fils en U armés de 2 aiguilles;
 - section du tarse et excision de sa moitié supérieure;
- passage des fils entre le tarse et la peau, ressortant à 2 mm au dessus du bord libre.

II) Opération par résection de la paupière supérieure

A) Méthode de GILLET DE GRANDMONT

Elle consiste en l'excision de toutes les couches de la paupière sur une hauteur correspondant au degré du ptosis.

B) Procédé de HERVOUET-TESSIER

1) temps postérieur : paupière retournée

Excision en demi-lune de la conjonctive palpébrale, du tarse en totalité, du tendon et d'une partie plus ou moins importante du releveur, et de la partie correspondante de l'orbiculaire.

2) temps antérieur : paupière en position normale

Excision en croissant, plus haut située, plus grande que celle du temps postérieur, et poussée plus haut en dehors qu'en dedans, affaiblissant ainsi encore la partie supéro-externe de la portion palpébrale de l'orbiculaire, qui semble la plus puissante.

III) Méthodes utilisant la suppléance par le muscle droit supérieur

A) Procédé de MOTAIS

On anastomose une languette prise sur le tendon du droit supérieur avec le cartilage tarse, en la faisant passer sous la conjonctive du cul-de-sac supérieur.

B) Technique de R. BERKE

Il dérive du précédent :

- libération du droit supérieur
- on y individualise 3 bandelettes que l'on fixe à l'incision conjonctivale;
- puis à travers l'incision palpébrale, fixation de ces trois bandes musculaires au bord libre de la paupière.

C) Procédé de NIDA

Il consiste en le passage sous le droit supérieur, en sanglo, d'une languette de tarse.

D) Procédé de WHEELER

Il dérive également de celui de Motais.

IV) Méthodes utilisant la suppléance par le muscle frontal

A) Technique de POULARD

Deux languettes cutanées assurent la connection entre le bord inférieur de la paupière supérieure et le frontal.

B) Méthode de FAVORY-VIRENQUE

Elle est une modification de celle de Poulard :

- on utilise deux ou trois bandelettes dermiques de 4 à 5 mm de large, et de longueur variable selon les besoins;
- on les fixe ensuite au bord inférieur de la paupière, puis au frontal après un trajet en tunnel sous-cutané.

C) Procédé de ANGELUCI

qui prend le releveur au niveau de la paupière.

D) Procédé de SOURDILLE

qui prend le releveur au niveau de l'orbite.

E) Suture de FRIELENWALD-GUYTON

Elle est à l'origine de la technique que nous allons décrire.

- On pratique au dessus de chaque extrémité du sourcil une petite incision très profonde, allant jusqu'au périoste;
- deux autres incisions sont faites à 2 mm au dessus de chaque extrémité du bord libre de la paupière;

- on passe profondément, d'une incision palpébrale à l'autre, un fil non résorbable monté sur une aiguille courbe ou sur une aiguille de Reverdin; puis cette aiguille de Reverdin, enfoncée sous le muscle orbiculaire par une des deux incisions supra-sourcilières, va chercher un des deux chefs du fil passé dans la paupière, puis, de la même manière, amène l'autre chef à ressortir par la seconde incision.
- L'aiguille de Reverdin enfoncée horizontalement d'une incision supra-sourcilière à l'autre, à travers les terminaisons du muscle frontal, permet de réunir les deux chefs dans la même incision.
- Ces deux extrémités seront ensuite nouées en serrant de telle sorte qu'on élève la paupière à 2mm au dessus de la position finalement désirée.

- - - - -

COMPLICATIONS ET ACCIDENTS CONSECUTIFS A CES TECHNIQUES

- - - - -

Ces divers procédés, quels qu'ils soient, ont l'inconvénient de donner lieu, dans les suites opératoires, à des incidents de gravité variable que l'on peut, selon FAVORY, classer de la façon suivante :

I) Hypo-corrrection

C'est l'incident le plus fréquent, quelle que soit la technique utilisée; elle nécessite parfois une réintervention qui peut être rendue délicate du fait de la présence de tissu cicatriciel.

II) Hyper-corrrection

Complication plus grave que la précédente, elle doit toujours être redoutée, car elle pose des problèmes souvent très difficiles à résoudre. Si la lagophtalmie est légère, elle est peu gênante; mais si elle est marquée, on risque l'apparition d'une kératite lagophtalmique;

il est possible de la corriger par des greffes, mais le résultat esthétique est moins bon que le résultat fonctionnel.

Le risque de réaliser une hyper-corrrection existe surtout en cas d'avancement du releveur, ainsi que dans les procédés de BERKE et de MOTAIS, plus rarement lors des méthodes utilisant des languettes amarrant la paupière supérieure au frontal. (Dans ce dernier cas, on tentera d'éviter cet inconvénient en prenant soin d'employer des bandelettes suffisamment longues.)

III) Ectropion

Il se voit surtout en cas d'avancement du releveur, par bascule du tarse, dont la résection, fréquemment pratiquée, laisse le bord supérieur sans attaches.

Il faut alors réintervenir pour le fixer.

IV) Entropion

Cette complication beaucoup plus grave peut entraîner la formation d'ulcères traumatiques, voire la perte de l'œil.

Elle peut survenir lors de procédés utilisant la suppléance par le droit supérieur, ou lors de l'opération de NIDA.

V) Propulsion, angulation du bord libre de la paupière

Ces incidents se voient en particulier lors de la suppléance du releveur par le frontal, ainsi que dans le procédé de MOTAIS.

De plus, la suppléance par le frontal efface parfois le sillon orbito-palpébral, provoquant un aspect plus ou moins inesthétique.

VI) Formation de kystes sébacés

Elle peut se produire lors de la technique de FAVORY-VIRENQUE, si on a pris le derme entier pour individualiser les languettes.

et surtout dans l'opération de POULARD qui utilise la peau totale.

VII) Diplopie et hétérophorie post-opératoire

Elles ont souvent été observées dans le procédé de MOTAIS.

VIII) Complications particulières à la technique

de FRIEDENWALD - GUYTON

On a cité : - lachage de suture

- infection ou formation de granulome aux points

d'incision

- cicatrices chéloïdiennes.

- - - - -

RESULTATS DE CES TECHNIQUES OPERATOIRES

- - - - -

Ils ne sont pas constamment favorables, quelles que soient les méthodes employées; (d'où l'intérêt dans certains cas des verres de contact anti-ptosiques de SEDAN et MOSSE).

Des retouches sont parfois indispensables et elles sont souvent rendues délicates par la présence de tissu cicatriciel.

De plus, on a pu reprocher aux méthodes de résection en bloc, leur manque de précision et leur caractère empirique; la réintervention si elle est nécessaire, sera toujours difficile sur une paupière déjà traumatisée, et surtout, l'hyper-correction si elle existe, sera délicate à corriger.

Enfin la complexité de certaines techniques est un inconvénient supplémentaire.

Toutes ces raisons font qu'un certain nombre d'ophtalmologistes hésitent avant d'entreprendre le traitement d'un ptosis; comme l'a dit VALEIRE - VIALEX :

"c'est toujours avec une certaine appréhension que nous entreprenons la cure chirurgicale du ptosis; aucun procédé ne nous donne entière satisfaction, les résultats sont souvent médiocres, et aucun procédé ne nous met à l'abri de complications parfois sérieuses".

Nous avons donc pensé qu'il pouvait être utile d'étudier une nouvelle méthode qui semble, tout en étant très simple à réaliser, donner des résultats satisfaisants.

TECHNIQUE DE OHASHI

Cette méthode est une modification de celle de FRIEDENWALD-GUYTON qui elle même s'inspire en fait du procédé de POULARD.

Le point important, sur lequel l'auteur insiste, est que la fixation de la suture est réalisée par l'utilisation du périoste frontal et du tarse.

- Après insertion d'une plaque à paupière, on pratique 3 incisions supra-sourcilières profondes (A,B,C, fig. I) et 2 incisions à 2 mm au dessus du bord libre de la paupière, en quinconce (C,D, fig. I).
- Les fils utilisés doivent être non résorbables (soie ou nylon) et armés de 2 longues aiguilles courbes;
- une aiguille est conduite de C à B, sous le derme, en pénétrant dans le périoste frontal; on la passe ensuite, toujours sous le derme, de l'incision supra-sourcilière B à l'incision palpébrale E (fig. I).
- La seconde aiguille du même fil est également conduite par un trajet sous dermique de C en E.
- De la même façon, une autre boucle est réalisée avec un second fil entre les incisions supra-sourcilières A et B et l'incision palpébrale D

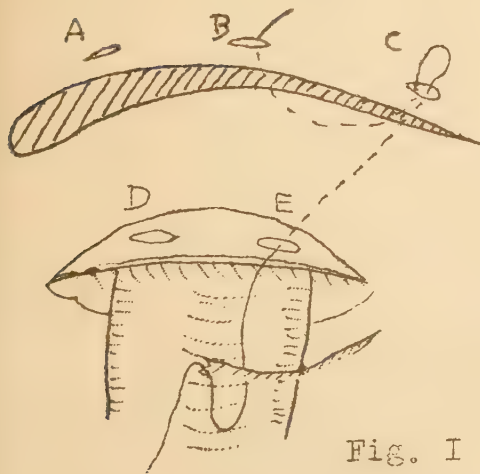


Fig. I

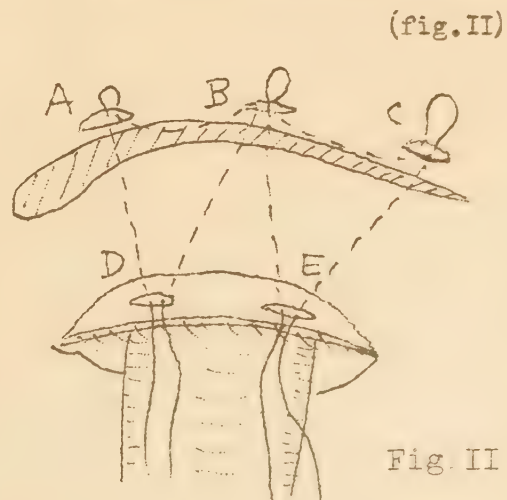


Fig. II

- On désarme alors les fils de leurs aiguilles.
- Après avoir saisi avec une pince la lèvre supérieure de l'incision palpébrale D (ou E), on passe dans la profondeur de l'incision un des chefs du fil correspondant monté sur une petite aiguille, afin de l'amarrer au tissu tarsal (fig.III).
- Enfin, les deux chefs de chaque fil seront noués en serrant de façon à réaliser une hyper-correction initiale; leurs extrémités sont enfouies profondément sous le derme. La suture des incisions est inutile.
- Les fils sont laissés à demeure de façon permanente (fig.IV).

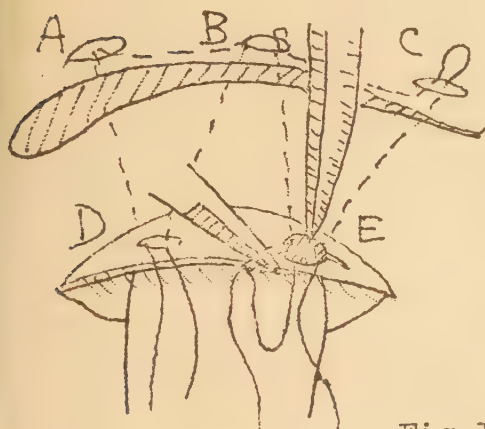


Fig.III

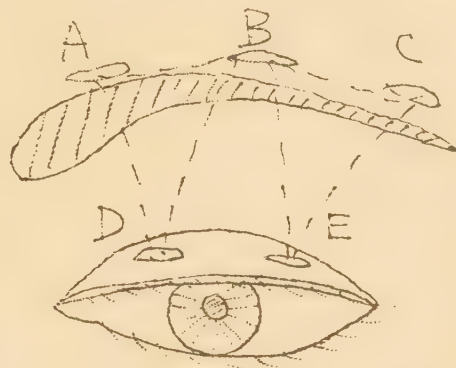


Fig.IV

AVANTAGES

- La première remarque que l'on peut faire sur ce procédé est que, contrairement à plusieurs des techniques précédemment décrites, il est très simple à réaliser;
- sa durée d'exécution est donc courte et l'on peut pratiquer plusieurs interventions de ce type au cours d'une même séance opératoire.
- Il ne provoque AUCUNE LÉSION ANATOMIQUE; on pourra donc facilement faire une éventuelle retouche, n'étant plus ici gêné par un tissu cicatriciel. De plus, le traumatisme étant minime, la durée d'hospitalisation post-opératoire est très réduite et peut même être nulle si nécessaire.
- Enfin, sa simplicité de réalisation permet de l'utiliser dans tous les cas:

- comme première intervention sur un ptosis jamais traité
- mais aussi comme réintervention sur des cas insuffisamment corrigés par une opération antérieure, comme le montrera notre observation n° III (à condition, bien entendu, que le tarse ait été conservé).
- En outre, du fait de sa rapidité et de son inocuité, il peut, pour éviter l'amblyopie que certains rapportent à l'occlusion, être utilisée chez les très jeunes enfants.

INCONVENIENTS

On peut reprocher à cette méthode son manque de précision car, là comme pour les autres procédés, le degré de la correction initiale est commandé par l'appréciation personnelle de l'opérateur.

Mais, même si une erreur est faite, elle peut facilement être rectifiée par la suite, soit en passant un autre fil en cas d'hypo-correction, soit en enlevant le fil en cas d'hyper-correction.

- - - - -

OBSERVATION N° I

Jackie G...

8 ans

Ptosis congénital très prononcé de l'oeil gauche.

Hétérochromie irienne

Strabisme déorsumvergent et insuffisance du droit supérieur

V.O.D : 10/10

V.O.G : 1/10

Intervention le 4 mars 1959

anesthésie locale

technique de Ohashi; aucun incident.

Le 7 mars:

bon état; lagophtalmie légère

Le 10 mars:

bon aspect; inoclusion partielle pendant le sommeil,
mais l'examen après fluorescéine reste négatif.

Le 26 mars:

excellent résultat : la paupière supérieure s'ouvre jusqu'au
limbe à midi; occlusion convenable.

Le 25 juillet:

chute de la paupière supérieure droite, qui est survenue
progressivement; néanmoins on peut obtenir une bonne ouverture
de la fente palpébrale si on fait contracter le frontal.

Le 12 novembre:

même aspect ; on peut envisager la pose d'un nouveau fil
externe.

OBSERVATION No II

Jean-Claude G...

13 ans

Ptosis congénital de l'oeil gauche

V.O.D: II/IO

V.O.G: II/IO

Intervention le 1er avril 1959

anesthésie locale

technique de OHASHI; pas d'incident

Le 4 avril:

l'enfant va bien; bon résultat

sortie autorisée.

Le 14 novembre:

le bon résultat s'est maintenu et le jeune garçon se dit
"débarressé d'un complexe".

À noter qu'il dépassait d'une incision palpébrale un petit
segment de fil qui n'a donné lieu à aucune infection ni granulome.
Ce segment a été raccourci sans inconvénient.



OBSERVATION N° III

Monsieur Marcel C...

52 ans

Ptosis gauche opéré une première fois il y a 14 ans, sans résultats satisfaisants.

V.O.D : 12/10

V.O.G: 6/10

Intervention le 11 juin 1959

anesthésie locale

technique de Ohashi; aucun incident

Le 13 juin :

bon état; hypo-corrrection légère.

sortie autorisée.

Le 18 juin :

petite réaction eczématiforme de la paupière supérieure gauche, qui cède bien à l'application de pommade à l'hydro-cortisone.

Le 14 novembre :

le résultat s'est maintenu et le malade se déclare satisfait. Mais il convient de noter qu'à la suite d'un grattage, un mois après l'intervention, un segment de fil de nylon s'est éliminé par l'incision supra-sourcilière externe.

Cette observation montre l'intérêt de la technique de Ohashi dans les cas insuffisamment corrigés par une opération antérieure.



Pierre D...

16 ans

Ptosis congénital de l'oeil gauche

V.O.D : 8/10

V.O.G : 8/10

Intervention le 24 juin 1959

anesthésie locale

technique de Ohashi, sans incident

Le 27 juin :

bon aspect; sortie autorisée.

Le 9 juillet :

apparition d'un oedème de la paupière supérieure gauche,

non douloureux, même à la pression.

apparition progressive, autour de l'incision supra-sourcilière

médiane, d'un petit granulome infecté.

Le 5 novembre :

Le sujet a négligé de se faire suivre en Dermatologie;

le granulome a conservé le même aspect; à noter également un

petit granulome non infecté sur une incision palpébrale.

Quant au résultat de l'intervention, il s'est maintenu :

tres satisfaisant du coté nasal, légèrement insuffisant du coté

temporal.

Le 14 novembre :

le granulome principal, abrésé par diathermo-coagulation,

paraît lié à la présence d'un petit segment de fil qui ressortait

de l'incision.

Cette observation montre, d'une part, l'intérêt qu'il y a à serrer plus fortement la boucle externe (l'hypo-correction prédominant souvent en dehors), d'autre part, la nécessité d'enfouir profondément les fils qui, sinon, peuvent donner lieu à la formation de granulome.



OBSERVATION No V

Richard F...

10 ans

Ptosis congénital incomplet de l'oeil droit

Astigmatisme droit (3 dioptries).

V.OD : 1/10

V.OG : 10/10

Intervention le 4 novembre 1959

anesthésie locale

technique de Ohashi; pas d'incident

serrage plus important de la boucle externe.

Le 7 novembre :

bon état; oedème résiduel qui rend toute appréciation
difficile;

sortie autorisée.

Le 14 novembre :

paupière encore un peu oedématisée;
légère inoclusion nocturne, ne découvrant pas la cornée.
La correction paraît légèrement insuffisante.

OBSERVATION N° VI

Alain D...

12 ans

Ptosis congénital de l'œil gauche

Astigmatisme gauche de 2 dioptries.

V.CD : 10/10

V.CD: 6/10 avec
correction

Intervention le 18 mars 1958

anesthésie locale

technique de Ohashi; aucun incident.

Le 6 avril :

bon aspect; hyper-correction.

Le 9 mai :

tres bon résultat; l'hyper-correction a disparu.

Le 26 juin 1959 :

plus d'un an apres l'intervention, le bon résultat s'est
parfaitement maintenu.



DISCUSSION

L'analyse de ces premières observations permet les constatations suivantes :

-l'hypo-correction, quand elle existe, prédomine sur la moitié externe de la paupière; il est donc préférable de serrer plus fortement la boucle externe "afin de contrecarrer l'action antagoniste de l'orbiculaire dont la partie supéro-externe de la portion palpébrale semble la plus puissante" (HERVOUET - TESSIER).

- Il est important d'enfouir profondément les fils dans les incisions :

- . dans le cas n° III, un grattage à un point d'incision a provoqué peut-être un lachage de suture, en tout cas l'élimination d'un segment de fil.
- . dans le cas n° IV, le granulome paraît lié à la présence dans la plaie d'un segment de fil.

(Il convient cependant de noter que dans l'observation n° II un fil ressortant d'une incision a très bien été toléré depuis 6 mois, et n'a provoqué ni infection ni granulome.)

Enfin : si nous reprenons l'énumération des complications imputables aux autres techniques, nous constatons que la méthode de Ohashi n'a jamais provoqué :

hyper-correction

entropion

ectropion

angulation du bord libre de la paupière

formation de kystes sébacés

diplopie ou hétérophorie post-opératoire

mais qu'on peut lui reprocher des inconvénients propres à la technique de Friedenwald-Guyton (dont, d'ailleurs elle dérive), à savoir :

- formation d'un granulome (I cas)

(que l'on pourrait peut-etre éviter en enfouis-
-sant profondément les fils)

- lachage de suture (I cas)

(il semble utile d'employer des fils plus gros).

- - - - -



C O N C L U S I O N S

- - - - -

Nous avons vu que la cure chirurgicale du ptosis palpébral pose des problèmes parfois difficiles, et que de très nombreuses techniques ont été proposées, ce qui prouve qu'aucune d'entre elles n'est entièrement satisfaisante.

La méthode de OHASHI résoud-elle tous ces problèmes ? il semble encore hasardeux de l'affirmer, car nous n'avons pu suivre que ces 6 premiers cas, et seule une expérience plus complète permettra de supprimer les quelques inconvénients qui ont été relevés.

Mais on peut dès à présent prétendre que cette technique est très intéressante, et qu'elle offre les avantages suivants :

- simplicité d'exécution
- absence de lésion anatomique
- absence de complications graves
- facilité de retoucher le degré de correction si nécessaire.

Par sa rapidité d'exécution et son innocuité, elle peut être utilisée dans tous les cas, et en particulier chez le très jeune enfant.

Enfin son efficacité est certaine, en particulier dans les ptosis de moyenne importance; elle est en tous cas au moins égale à celle d'autres méthodes plus délicates à réaliser et surtout beaucoup plus traumatisantes.

Toutes ces raisons font qu'il nous a semblé intéressant d'étudier cette technique qui paraît mériter en tous points l'attention des ophtalmo-
-logistes.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean SARRAILH

Vu :

Le Doyen

Léon BINET

Vu :

Le Président de Thèse

G . RENARD



BIBLIOGRAPHIE

CHASHI : improved ptosis operation with buried silk suture

American journal of Ophtalmology. Fev. 1958 p.282/283.

ARRUGA : Chirurgie oculaire.

BERKE : a simplified Blaskovics operation for blepharoptosis

Archives of Ophtalmology. 1952 n° 48 p. 460/465.

BERKE : correction chirurgicale de la blepharoptose

American journal of Ophtalmology. Juin 1953 p. 765/773.

BLASKOVICS : treatment of ptosis: formation of a fold in the Eyelid
and resection of the levator and tarsus.

Archives of Ophtalmology. Juin 1929 p. 672/680.

CARBAJAL : analyse de 142 cas de ptosis

American journal of Ophtalmology. Mai 1958. p.692/704.

DELORME et PESME : Précis d'Ophtalmologie.élémentaire.

DUVERGER-VELTER-BREGEAT : Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique.

Masson. Paris 1949.

FAVORY : rapport à la Société d'Ophtalmologie. Novembre 1956.

Supplément du Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de France 1956

FRIEDENWALD-GUYTON : simple ptosis operation

American journal of Ophtalmology. Mai 1948. p.411/414.

HERVOUET-TESSIER : technique chirurgicale du ptosis

discussion du rapport de Favory.

Supplément du Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de France 1956



ILLIF : une opération du ptosis simplifiée

American journal of Ophtalmology. Avril 1953 p.529/533.

LEGRAND : Encyclopédie médico-chirurgicale.Tome 22/2. 21.530 C 50.

LEAHEY : chirurgie simplifiée du ptosis

Archives of Ophtalmology. Nov. 1953 p. 588/596.

MELLER : Ophtalmic surgery (edited by Daily R K) New-York Blakiston 1953.

MOTAIS : état actuel de la méthode opératoire du ptosis par la suppléance du droit supérieur.

Bulletin de l'Académie de Médecine 430.

POULARD : Traité d'Ophtalmologie.Tome 2. Masson Paris 1923

SEDAN et MOSSE : communication au Congrès latin d'Ophtalmologie.Madrid 1956

SMITH et PANT : blepharoptosis traité par la suture de Friedenwald-Guyton

Archives of Ophtalmology. Janv.1953. p. 45/49.

SPAETH :Principles and practice of Ophtalmic surgery. Philadelphia 1948.

VALIERE - VIALEX : discussion du rapport de Favory

Supplément du Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de France1956.

WHEELER : correction du ptosis par rattachement au droit supérieur,
de faisceaux de l'orbiculaire.

Archives of Ophtalmology. Janv. 1939 p. 1/7/

